

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 586.017.322-91 4 - Nome completo da vítima: Claudenir Oliveira Cardoso

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Claudenir Oliveira Cardoso 6 - CPF: 586.017.322-91
7 - Profissão: Professor 8 - Endereço: Itaipu Santarom 9 - Número: 8 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Alto Alegre 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69921-278
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 68-99983-7750

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 68-8405-2914
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: 68-39918-3322

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 8950 03 CONTA: 00008359 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido; além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 5ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024510/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/07/2019 13:29 Data/Hora Fim: 03/07/2019 13:45
Origem: Polícia Judiciária - Data: 03/07/2019
Delegado de Polícia: Karlesso Nespoli Rodrigues

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 5ª Regional
Data/Hora do Fato: 22/06/2019 23:30

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Nova Estação

Logradouro: Rua ao lado do Mercado da avenida Antonia da Rocha Viana

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|---|----------------------|
| 21: Lesão corporal dolosa (Art. 129 Caput do CPB) | Não Houve |
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | Não Houve |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AC - Tarauacá

Sexo: Masculino

Nasc: 06/03/1975

Profissão: Pintor

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Filonilha Figueiredo de Oliveira

Nome do Pai: Aldery Jose Cardoso

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 586.017.322-91

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: R. Ozanete

Bairro: Chico Mendes

Telefone: (68) 99905-3693 (Celular) (68) 98405-2914 (Celular)

Nº: 135



Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição SUNDOWN MAS 125

CPF/CNPJ do Proprietário 586.017.322-91

Placa MZV0952

Renavam 00133390152

Número do Motor JCK8094481

Número do Chassi 94J2XDCK88M035067

Ano/Modelo Fabricação 2008/2008

Cor PRATA

UF Veículo Acre

Município Veículo Rio Branco



Delegado de Polícia Civil: Karlesso Nespoli Rodrigues
Impresso por: Francisco Gladson de Menezes Carvalho
Data de Impressão: 03/07/2019 13:45
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 5ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024510/2019

Marca/Modelo SUNDOWN/MAX 125 SE

Modelo SUNDOWN/MAX 125 SE

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 27/11/2018

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Claudenir Oliveira Cardoso

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Informa a vítima que estava pilotando sua motocicleta quando tentou desviar um buraco, e foi quando outro veículo que vinha de lado contrário acabou acertando a vítima com a lateral do veículo. Que, o autor fugiu do local não prestando socorro a vítima. Que, a vítima conseguiu ligar para um amigo e foi até o local do acidente. Que, o amigo ligou para o SAMU. Que, o SAMU levou a vítima para o Pronto Socorro. Que, a vítima teve fratura tornozelo esquerdo, joelho esquerdo e fêmur esquerdo. Que, a polícia militar não foi no local, como também não foi confeccionado o BAT. Que, ainda segundo a vítima, não conseguiu observar que tipo de carro era e nem quem estava dirigindo.

ASSINATURAS

Francisco Gladison de Menezes Carvalho

Agente de Polícia
Matrícula 9069616

Responsável pelo Atendimento

Claudenir Oliveira Cardoso

(Vítima / Comunicante)

"Declara para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei sob juramento, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa da Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Karlesso Nespoli Rodrigues

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 586.017.322-91 4 - Nome completo da vítima: Claudenir Oliveira Cardoso

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Claudenir Oliveira Cardoso 6 - CPF: 586.017.322-91
7 - Profissão: Professor 8 - Endereço: Itaipu Santarom 9 - Número: 8 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Alto Alegre 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69921-278
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 68-99983-7750

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 68-8405-2914
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: 68-39918-3322

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 8950 03 CONTA: 00008359 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido; além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ATISA EXTERNA

2930
710100058/0105050217

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2650338 DATA: 23/06/2019 HORA: 00:29 USUARIO: COSMA
CNS: 898003931896406 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO DOC.: RG235915
IDADE: 44 ANOS NASC: 06/03/1975 SEXO: MASCULINO
ENDERECO: RUA SANTAREM NUMERO: 08
COMPLEMENTO: BAIRRO: ALTO ALEGRE
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: -
NOME PAI/MAE: ALDENY JOSE CARDOSO /FILONILHA FIGUEIREDO OLIVEIRA
RESPONSAVEL: ESPOSA - WILIANE TEIXEIRA MARTINS TEL.: 32284777
PROCEDENCIA: ALTO ALEGRE
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]
EXAM.COMPL.[] RAO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

LOS CLINICOS: *Minimizar o* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1/1/1*
queixas de dor, q. aumento q. dor no tornozelo, q. edema tornozelo-membros
q. dor na coxa @, tornozelo @ e joelho @

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] *to baixo: 1/10, 1/10, 1/10*
6/11/19

DIAGNOSTICO: CID: *440.90 MONITORADO 4/10/2019*

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1/ M — 1000 m
2/ DITIANA 20 m
3/ PARAL 40 m
4/ DOZ MARI MONITORADO 4/10/2019
Dr. Eduardo Kneif
Dr. Marcelo Lapas
SAME / HUERO
COPIA
ORIGINAL

DATA DA SAIDA: / / ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO HORA DA SAIDA: :
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

3/26/19
Uniped
FCC em Joelho esquerdo, sem Fratura em
Rodografia observada. Retorno ao Trauma.
P/ Sutura. Ob: Paciente Ficare Interno do NaccB

ALERGIAS MED.:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

CLASSIFICAÇÃO

| | | | | | | | | | |
|---|---------------|---|------|---|----|--|---------------|---|-------|
| NOME DO PACIENTE | | | | | | | IDADE | | |
| QUEIXA PRINCIPAL | | | | | | | COMORBIDADES: | | |
| FLUXOGRAMA | | | | | | | | | |
| DISCRIMINADOR | | | | | | | Peso: | | |
| PARÂMETROS | PA: | X | mmHg | Temp.: | °C | Sat. O2: | % | Pulso: | bpm |
| | ESCALA DE DOR | | | | | | | Glicemia: | mg/dL |
| | | <p>(110) (18-9) (17) (15-6) (12-4) (10)</p> | | | | | | Glasgow: Alterado () Não alterado () | |
| CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura) | | | | HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos | | () DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura: | | HORÁRIO: | |
| RECLASSIFICAÇÃO | | | | | | | | | |

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às ____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral – VO, com ____ ml de água potável;
- ☐ Medicação Intramuscular – IM, local: _____;
- ☐ Medicação Endovenosa – EV, punção em () MSE () MSD, local: _____
com () Jelco nº: ____ () Scalp nº: ____
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local: _____;
- ☐ NBZ: _____

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às ____:

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

W. 29h deu entrada na ser. vítima de acidente de trânsito, apresentando lesões escoriações no MMD. Examinado para raio x - fêmur.
Após encaminhado para radiologia



CONTA MENSAL DE SERVIÇOS DE ÁGUA E/OU ESGOTO

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE PAVIMENTAÇÃO E SANEAMENTO - DEPASA
RUA QUINTINO BOCAIÚVA, 299 - CENTRO - CEP 86.900-070



| | | | |
|--|-----------------|------------------------------------|--|
| DOCUMENTO 19795053 | MEDIDOR | RES COM IND PUS 001.000.000.000 | CICLO SETOR NOTA SEQUÊNCIA 43 010004 020 0011 |
| CLIENTE 01041280-9 GERALDO RODRIGUES DE SOUSA TRAC SANTAREN A. ALCANT 3 RUA BRANCO | | | |
| DATA DE CANCELAMENTO | 13/03/2019 | DEBÍTO | CONSUMO COMES |
| LEITURA ATUAL | 31/01/2019 | 000000 | |
| LEITURA ANTERIOR | | | |
| HISTÓRICO DE CONSUMOS FATORADOS | | | |
| OUT/2018 000015 | JUL/2018 000015 | ABR/2018 000015 | |
| DEZ/2018 000015 | SET/2018 000015 | JUN/2018 000015 | MAR/2018 000015 |
| NOV/2018 000015 | AGO/2018 000015 | MAY/2018 000015 | FEV/2018 000015 |
| TARIFAS DE ÁGUA EM M3 | | | |

| | |
|----------------------------|------------|
| DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS | |
| VALOR DE ÁGUA | 27,71 |
| COMPREV | |
| CIÊNCIA S/A | |
| 13/03/2019 | |
| PRAÇA DO ANJO | |
| DATA DE VENCIMENTO | 18/03/2019 |
| TOTAL A PAGAR | 27,71 |

ATENÇÃO CLIENTE
PAGUE SUA FATURA ATÉ A DATA DO VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE JUROS MULTAS, E CONSEQUENTEMENTE A INCLUSÃO DE SEU NOME NOS ORGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO.

Para cadastro débito automático: 01041280-9

Referência: 03/2019

| PARÂMETRO | PADRÃO DE POTABILIDADE Conforme a Portaria nº 2.914/2011 do Ministério da Saúde | Sistema de Distribuição de Água | | |
|----------------------------|--|---|-------------------------------------|---|
| | | Número mínimo de amostras a serem coletadas | Número de amostras realizadas | Número de amostras fora do padrão |
| Cor | Máximo de 15 mg Pt-Co/L | 163 | 163 | 05 |
| Turbidez | Máximo de 5 UNT | 163 | 163 | 05 |
| Cloro Residual Livre | Mínimo de 0,2 mg/L Cl ₂ | 163 | 163 | 16 |
| Coliformes Totais | Ausência em 95% das amostras | 163 | 163 | 16 |
| Coliformes Termotolerantes | Ausência em 100% das amostras | 163 | 163 | 14 |

Responsável técnico pelo controle de qualidade da água:
FABRÍCIO DA SILVA BETEKRA

O não pagamento até a data de vencimento implicará em acréscimo de 2% de multa cobrada na próxima conta e pro de 1% ao mês e estará sujeito a suspensão do fornecimento.

| | |
|--------------------|------------|
| DOCUMENTO | 19795053 |
| DATA DE VENCIMENTO | 18/03/2019 |
| TOTAL A PAGAR | 27,71 |

82600000000-8 27710474180-0 32019197950-1 53010412802-5

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2650338 DATA: 23/06/2019 HORA: 00:29 USUARIO: COSMA
CNS: 898003931896406 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO DOC...: RG235915
IDADE.....: 44 ANOS NASC: 06/03/1975 SEXO...: MASCULINO
ENDEREÇO.....: RUA SANTAREM NUMERO: 08
COMPLEMENTO....: BAIRRO: ALTO ALEGRE
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: -
NOME PAI/MAE...: ALDENY JOSE CARDOSO /FILONILHA FIGUEIREDO OLIVEIRA
RESPONSÁVEL...: ESPOSA - WILIANE TEIXEIRA MARTINS TEL...: 32284777
PROCEDÊNCIA...: ALTO ALEGRE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]

EXAM. COMPL. [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

1. SINAIS CLINICOS: *Imagem anexa* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1/1*

Вопросы к лекции, и ответы и задачи к семинару, и список литературы

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] 10 cm: 17, 14, 10,

DIAGNOSTICO:

CID: # NO MONITOR 1/MAY/64

PRESCricao

HORARIO DA MEDICACAO

1) M — 1000 m

21 DITHANNA 21/2

1/ 12/11 403 10

4) дол. жизни $\lambda_{100}^{(1)} = 17$ и $\lambda_{100}^{(2)} = 17$

DATA DA SAIDA:

ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO ☐ DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

| | | | |
|-----------------------------------|-------------|---------|-----------------|
| OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS | [] FAMILIA | [] IML | [] ANAT. PATOL |
|-----------------------------------|-------------|---------|-----------------|

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

FCL em Joelho esquerdo, sem Fratura em Radiografia observada. Retorno ao Trabalho. p/ Sutura. Obs: Paciente Ficou Internado no CCB

ALERGIAS MED.:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

CLASSIFICAÇÃO

| | | | | | | | | | |
|---|---------------|---|------|-------------------------|----|-------------------------------|---------------|-----------------------|------------------|
| NOME DO PACIENTE | | | | | | | IDADE | | |
| QUEIXA PRINCIPAL | | | | | | | COMORBIDADES: | | |
| FLUXOGRAMA | | | | | | | | | |
| DISCRIMINADOR | | | | | | | Peso: | | |
| PARÂMETROS | PA: | X | mmHg | Temp.: | °C | Sat. O2: | % | Pulso: | bpm |
| | ESCALA DE DOR | | | | | | | Glicemia: | mg/dL |
| | | <p>(110) (18-9) (17) (15-6) (12-4) (10)</p> | | | | | | Glasgow: Alterado () | Não alterado () |
| CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura) | | | | HORÁRIO DA CR: | | () DESISTÊNCIA () EVASÃO | | HORÁRIO: | |
| | | | | Tempo máximo: 3 minutos | | Assinatura: | | | |
| RECLASSIFICAÇÃO | | | | | | | | | |

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às ____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral – VO, com ____ ml de água potável;
- ☐ Medicação Intramuscular – IM, local: _____;
- ☐ Medicação Endovenosa – EV, punção em () MSE () MSD, local: _____
com () Jelco nº: ____ () Scalp nº: ____
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local: _____;
- ☐ NBZ: _____

Anotações/Intercorrências:

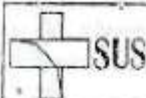
Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às ____:

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

W. 29h DOV entrada na ser. vítima de acidente de trânsito, apresentando queixas de asfixia no MMD. Examinado para ruid x - fudo. após encaminhado para radiologia



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUERB

2- CNES

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

Cláudio de Oliveira Cardoso

6- Nº DO PRONTUÁRIO

7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 2

10- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11- TELEFONE DE CONTATO

12- ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)

13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14- COD. DO MUNICÍPIO

15- UF

16- CEP

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de colisão frontal com
trauma direto em tórax e TNE. E.
Ao exame físico. Dor. edema ++/++, neuroprófusis
pericardial.

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx. tórax Fraco

20- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

21- CID 10 PRINCIPAL

22- CID 10 SECUNDÁRIO

23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de Moleto lateral L. Wille B.

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Internação

26- CLÍNICA

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28- DOCUMENTO

29- Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

32- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Vitor G. G. 23/06/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33- () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38- SÉRIE

39- CNPJ EMPRESA

40- CNPJ DA EMPRESA

41- CNPJ

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44- COD. ORGÃO EMISSOR

45- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46- DOCUMENTO

47- Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48- DATA DA AUTORIZAÇÃO

49- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

NOME:

IDADE: B.E.:

OBSERVAÇÃO

LEITO:

| DATA | EVOLUÇÃO | PRESCRIÇÃO MÉDICA | HORÁRIO | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
|----------|--|---|---------|---|
| 03/06/19 | Exame de Proctos Johel Esquerdo Walter B. CD: Intimidade. | 01 Dieta V.O. Lina. 02. Dipirona 500mg 3x C/6h horas | | 04. CD - Paciente crônica com a insuficiência renal crônica e na presença de diabetes mellitus - em uso de insulina e hipotensivos. |
| | Paciente sob Tratamento diário em acidente com máx. como semanal de 1 hora de sono devido a um INZ (E). | 03/7 repouso. 100mg + 100mg SFX. 6/6 horas 04/1 Dipirona 500mg 3x V.O. 6/6 horas | | |
| | Ao Exame: Dor abdominal, ilicó e perfuração peritoneal solito Exame FN Op. | 05/1 Flax 10mg 3x/d 8/6 horas 06/6 horas 07 Simão V.O. 6/6h | | |

SAME / HUERO
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor em TNZ. Esquerdo

História da Doença Atual: Trauma direto em
colisão moto. x carro.

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: Dor edema ++/4+ ADM limitados.
por dor, Neuro perfusões preservadas.

Diagnóstico Provisório: FX de m. m. lateral (L).

Diagnóstico Definitivo: Ulcera B.

Motivo da Cobrança: _____

11-ALTA CURA
12-ALTA MELHORADA
13-ALTA INALTERADA
14-ALTA PEDIDO
15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
16-ALTA ADMINISTRATIVA
17-ALTA POR INDISCIPLINA
18-ALTA POR EVASÃO
19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
24-POR DOENÇA CRÔNICA
25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOTERAPIA
32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC. NASC.

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERNAÇÃO
52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERNAÇÃO
53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERNAÇÃO
54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 A 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO



Novo Acre 
ONEMIO ACREVO, UM NOVO AMANHÃ

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Unidade: NIR

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: DR. Paulo R. Lemos, Cirurgião

Para: DR. Paulo R. Lemos, Cirurgião

Nome do paciente: Guilherme Lima


Hipótese diagnóstica: FX Músculo lateral (E)

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

22/06/19

Michael

DATA: 22/06/19


Marcelo Oliveira Silva
CRM-Ortopedia Traumatologia
Rég. Prof. 165
ASSINATURA



| CONTRAN | | DENATRAN | |
|--|-------------------|-----------------|--|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES | | | |
| DETRAN - AC | | Nº 012809168492 | |
| CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO | | | |
| 01 | 00133390152 | 59861756504 | |
| CLAUDENEIR OLIVEIRA CARDOSO | | | |
| SANTA LEREAZINHA | | | |
| CHICO MENDES Nº 0450 | | | |
| RIO BRANCO-AC 69902235 | | | |
| 586.012.322-91 | | RZV0932 | |
| CETILDO PESSOA DE SOUZA | | | |
| PLACA ANTUF | 94J2XDCK88H035067 | RZV0932 AC | |
| Específico | | | |
| PAS/MOTOCICLO/NOO AELICA | | GASOLINA | |
| SUNDOWN/MAX 125 SE | | 2008 2008 | |
| 2P/0124CC/ | PARICU | PRATA | |
| SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BEN. TRIBUTARIO | | | |
| RIG - BRANCO | | | |
| 27/11/2018 | | | |

| CONTRAN | | DENATRAN | |
|--|-------------------|-----------------|--|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES | | | |
| DETRAN - AC | | Nº 012809168492 | |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO | | | |
| 01 | 00133390152 | 2018 | |
| CLAUDENEIR OLIVEIRA CARDOSO | | | |
| 586.012.322-91 | | RZV0932 | |
| PLACA ANTUF | 94J2XDCK88H035067 | RZV0932 AC | |
| PAS/MOTOCICLO/NOO AELICA | | | |
| SUNDOWN/MAX 125 SE | | 2008 2008 | |
| 2P/0124CC/ | PARICU | PRATA | |
| SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BEN. TRIBUTARIO | | | |
| RIG - BRANCO | | | |
| 27/11/2018 | | | |

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243593/19

Vítima: CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO

CPF: 586.017.322-91

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 22/06/2019

Titular do CPF: CLAUDENIR OLIVEIRA
CARDOSO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO : 586.017.322-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/07/2019
Nome: CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO
CPF: 586.017.322-91

CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/07/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243593/19

Vítima: CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO

CPF: 586.017.322-91

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 22/06/2019

Titular do CPF: CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO : 586.017.322-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/07/2019
Nome: CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO
CPF: 586.017.322-91

CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/07/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA